UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 114

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE FIXATION

MÉDECINE COMPARÉE DE CETTE MÉTHODE

THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1920

PAR

L. MOUTON-CHAPAT

VÉTÉRINAIRE-MAJOR

Né à Paslières (Puy-de-Dôme), le 30 mars 1871

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président.*
BAUMEL, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE FIXATION

MÉDECINE COMPARÉE DE CETTE MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0101

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 114

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE FIXATION

MEDECINE COMPARÉE DE CETTE MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

L. MOUTON-CHAPAT

VÉTÉRINAIRE-MAJOR

Né à Paslières (Puy-de-Dôme), le 30 mars 1871

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	DUCAMP, professeur,	*Président.*
	BAUMEL, professeur.	
	LEENHARDT, agrégé.	*Assesseurs.*
	RIMBAUD, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲).....	DOYEN.
	SARDA (✲).....	ASSESSEUR.
	IZARD.....	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM.	TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (✲).
Physique médicale.....		IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE (O ✲).
Clinique ophtalmologique.....		TRUC (O ✲).
Physiologie.....		HEDON (✲).
Histologie.....		VIALLETON.
Clinique médicale.....		DUCAMP (✲)
Anatomie.....		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....		SARDA (✲)
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOSC.
Hygiène.....		BERTIN-SANS (I).
Clinique obstétricale.....		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....		VIRES (✲).
Anatomie pathologique.....		MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale.....		DERRIEN (✲).
Microbiologie.....		N...
Pathologie interne.....		N...
Clinique médicale.....		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM	DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...		VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...		JEANBRAU (O ✲ ✲) a. l. (ch. de c.
Médecine opératoire.....		SOUBEYRAN (✲ ✲), a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....		RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.		EUZIERE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements.....		P. DELMAS, agrégé (c. c.)
Matière médicale.....		CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....		LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie.....		WATON ✲ (✲) doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM	GALAVIELLE.	MM	CABANNES.	MM	ETIENNE.
	GAYNELETT (✲)		P. DELMAS.		LISBONNE.
	LEENHARDT		EUZIERE.		PECH ✲ (ch. d'agr.).
	GAUSSEL (✲ ✲).		J. DELMAS (✲).		
	RICHE.		RIMBAUD ✲.		

Examinateurs de la thèse

MM. DUCAMP, professeur, *président.*	MM. LEENHARDT, agrégé.
BAUMEL, professeur	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

OEuvre terminale d'un travail long et de difficultés rendues très nombreuses du fait de la situation et des circonstances, dédiée :

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON ÉPOUSE

Pour la mettre en confiance avec les choses de la médecine et lui montrer combien celle-ci, la vraie, la seule, celle véritablement scientifique, se montre sévère vis-à-vis d'elle-même.

A MES ENFANTS

Pour leur faire intensément comprendre le sens de cette maxime qu'ils ont rencontrée en tête de mes livres d'étude au Lycée : « Vouloir c'est pouvoir. »

A LA VÉTÉRINAIRE MILITAIRE

Qui m'a permis de réaliser ce rêve de mon adolescence : être docteur en médecine.

L. MOUTON-CHAPAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS

A MONSIEUR LE DOCTEUR VORNIÈRE

Mon véritable initiateur dans l'art de la pratique médicale.

L. MOUTON-CHAPAT.

AVANT-PROPOS

Avant l'exposé de notre étude, nous tenons à remercier Monsieur le professeur Ducamp, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et qui, une fois déjà, nous a témoigné toute sa bienveillance.

Nous remercions également son interne, Mademoiselle le docteur Giraud, des suggestions importantes qu'elle nous a communiquées concernant le sujet traité dans ce travail.

Enfin nos remerciements vont aussi à notre jeune aide, Monsieur le vétérinaire auxiliaire Julien, du 8e d'artillerie, présentement élève de quatrième année, à l'Ecole de Toulouse, dont la collaboration intelligente et dévouée nous a été d'un précieux concours.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE FIXATION

MÉDECINE COMPARÉE DE CETTE MÉTHODE
THÉRAPEUTIQUE

HISTORIQUE

L'abcès de fixation — souvent appelé aussi abcès de Fochier, du nom de celui qui a préconisé et imposé à l'attention cette méthode — est un « abcès créé artificiellement par injection de substances irritantes et particulièrement de l'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous-cutané ». Cette méthode a été utilisée par Fochier et par de nombreux auteurs à sa suite, pour le traitement des infections générales. Parti de cette idée théorique que l'on pouvait attirer et localiser sur un point choisi, une infection d'abord généralisée et atténuer ainsi sa virulence, il a cherché le moyen pratique de la réaliser. Voici, du reste,

le paragraphe dans lequel il a excellement résumé le point de départ et, si l'on veut, la « théorie » de sa méthode: « Dans toute infection pyogène grave, lorsqu'il n'y a pas de suppuration en voie de formation, lorsqu'il n'y a pas de *fixation*, ou lorsque la *fixation* n'est pas en rapport avec la gravité de l'état général, ou lorsque le traitement local a supprimé ou diminué la lésion initiale et que l'état général persiste, ou même peut-être, lorsque la fixation est à son début et occupe un point où la suppuration peut présenter des dangers, dans tous ces cas, il faut provoquer la formation artificielle d'abcès à l'aide d'injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. » Dans un paragraphe ultérieur, l'auteur étend l'application de cette méthode aux infections générales non habituellement pyogènes: fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, broncho-pneumonie, etc.

Tel est le point de départ d'une méthode qui a très rapidement conquis une vogue considérable à cause, d'une part, des efforts persévérants de son auteur et des élèves de celui-ci, et, d'autre part, à cause de sa très réelle efficacité dans certains cas. Si elle n'a pas réalisé tous les espoirs que l'on fondait sur elle, elle a néanmoins rendu de très réels services et reste, dans les cas désespérés, une ressource suprême et souvent efficace. L'expérience que nous avions de cette méthode a été considérablement élargie par l'épidémie de grippe qui a régné en 1918 et au début de 1919 et au cours de laquelle il a été fait largement usage de l'abcès de Fochier. Certaines particularités de son mode d'action, certaines conclusions à tirer de son emploi, ont été ainsi bien mises en lumière. Comme il en a été de même en médecine vétérinaire à l'occasion de la guerre, nous voudrions compléter, à l'aide de ces données, l'histoire des abcès de fixation et mener leur étude parallèlement dans les

deux médecines, de façon à disposer du maximum d'éléments pour la conclusion.

Il est juste de rappeler, du reste, que Fochier n'est point l'inventeur de cette méthode mais bien plutôt son vulgarisateur heureux. Dès la plus haute antiquité nous trouvons bien établi l'usage de créer à la surface du corps, des exutoires destinés à dériver vers cette surface, certaines infections profondes. Le cautère était déjà à la mode au temps d'Hippocrate. Dans les affections pulmonaires graves, ce dernier cautérisait parfois profondément la poitrine et le dos de façon à produire des ulcères suppurants. Dans les douleurs de tête rebelles, il « pratiquait une incision sur le front » et « en tenait les bords relevés par le moyen de charpie pour donner issue aux humeurs ».

Celse employait aussi des ulcères artificiels entre les épaules, dans les affections pulmonaires graves et entretenait leur suppuration jusqu'à la disparition de la toux.

Les Egyptiens employaient des méthodes analogues dans le traitement d'un grand nombre de maladies graves.

Dès la plus haute antiquité, les exutoires sont aussi employés en médecine vétérinaire. Ercolani, en 1951, signale un manuscrit d'Hippocrate, non l'Hippocrate grec, le père de la médecine, mais un Hippocrate hippiâtre qui fut appelé par Condise, dit le Rois des Rois, pour « mettre des exutoires à ses chevaux malades. »

Au moyen âge, tandis que les Arabes firent une véritable généralisation de l'application des sétons dans le traitement des maladies graves du cheval et, notamment, du tétanos, la méthode disparut en médecine humaine et jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle il n'en fut plus guère question. A cette époque et durant toute la première moitié du XIX[e] siècle, elle revint sur le tapis et fit l'objet de vives discussions de doctrine qui n'eurent aucun résultat pratique. Peu à

peu, cependant, de l'amas confus des discussions, sortait la notion nette de l'existence de l'infection générale et des rapports de celle-ci avec la métastase. C'est à la lumière de ces notions que des faits intéressants allaient être observés et surtout interprétés.

Chomel et Louis, en 1850, remarquèrent que, dans les formes graves de la fièvre typhoïde, on voyait parfois l'amélioration coïncider avec l'apparition d'abcès. « La formation d'abcès sur les organes extérieurs pendant le cours de la maladie, écrivait Chomel, au lieu d'être un phénomène aussi défavorable qu'on pourrait le penser, au contraire, on ne les observe pour ainsi dire que chez les sujets qui guérissent. »

Métivier (1860), Suffermann et Cautel (1867), Hervieux et Sentex (1880) partagent cette manière de voir et apportent des faits nouveaux qui la confirment.

C'est vers cette même époque que Trousseau consacre une grande place, dans son traité de thérapeutique, à ce qu'il appelle « la médication irritante spoliative » considérant comme acquis que « une suppuration constante dans un point du corps, favorise la résolution des produits inflammatoires. »

En 1884 Chassaing de Paniers, un vétérinaire, indique les résultats obtenus par la méthode de fixation.

En 1891, Fochier, dans un article qui fit un grand bruit, signala les effets heureux qu'il obtenait depuis 10 ans par la création d'abcès artificiels dans les infections pyogènes généralisées et graves. Cette méthode, comme il le signalait lui-même, se rattachait directement par son principe à la vieille médecine humorale telle que la comprenait Hippocrate. S'il n'était donc pas l'inventeur du principe même de la méthode, il était, du moins, celui qui avait su la réaliser de façon pratique et le mode de localisation de l'in-

fection par la formation d'abcès dûs à l'injection sous-cutanée d'une substance irritante lui appartient en propre.

Cette méthode se vulgarisa rapidement. Comme nous l'avons déjà dit, l'auteur et ses élèves s'y appliquèrent énergiquement ; d'autre part elle offrait une ressource dans les cas très graves ou même désespérés, aussi, fut-elle accueillie avec une faveur d'autant plus marquée que d'incontestables succès lui furent dus.

Gingeot, Nitter, Bard, Siredey, signalent, en 1892, de bons résultats obtenus par eux dans des pneumonies graves. La même année, Lépine, publie l'observation d'un cas de pneumonie absolument désespéré dans lequel la formation d'un abcès de fixation amena la guérison du malade. Cette même année encore, Dieulafoy, donna à cette méthode la consécration et l'appui de son autorité dans une communication faite par lui à la Société médicale des Hôpitaux.

Chantemesse et René Marie entreprirent des recherches sur le mode d'action des injections trébenthinées et publièrent quelques résultats intéressants, en particulier sur « la leucocytose provoquée » (1892).

Une note discordante fut donnée par Spillmann et Rendu dont les premiers essais ne furent pas heureux. Mais Revillod qui appliqua la méthode à des cas de fièvre typhoïde et de rhumatisme infectieux, Berman (Thèse de Paris 1893), Guillaumon (Thèse de Nancy 1893), puis plus tard Branthomme (*Rev. de méd.* 1896), Jacques (Thèse de Bordeaux 1896) donnèrent des séries de résultats heureux vraiment impressionnants.

En outre de cas isolés publiés par divers auteurs : Bard, 1899 ; Chéron, 1902 ; Vincent 1906 ; Daireaux, 1906 ; Morsty, 1909 ; Lemoine, Cellarier, etc., il convient de citer encore la thèse de Trifon (1899) et l'importante thèse de Carles

(1902, Bordeaux) ; celles de Durot (Lille, 1907) ; Déchaux (Montpellier 1907) ; Detscheff (Lyon 1909) ; Lançon (Lyon 1912) ; Marmoitou (Nancy 1913).

L'application de la méthode de Fochier aux enfants, a donné lieu à quelques controverses. Codet-Boisse et Mlle Campana, en 1905, publièrent une série de cas où les injections térébenthinées avaient été suivies d'accidents locaux graves et en conclurent que cette méthode ne doit pas être employée chez les enfants de moins de cinq ans. Lançon réfute cette opinion dans sa thèse avec preuves à l'appui et ses conclusions sont identiques à celles que publie le docteur Montagnon dans le *Lyon Médical* (4 déc. 1910). Les injections térébenthinées sont parfaitement applicables aux enfants moyennant certaines précautions dans la technique.

La méthode de Fochier a été appliquée aussi à l'étranger où elle a pris, comme en France, une place importante dans la thérapeutique : en Allemagne, en Angleterre, en Italie, en Amérique même, elle a été essayée par nombre d'auteurs et adoptée par beaucoup de ceux qui l'ont essayée.

Méthode d'exception, réservée aux cas très graves elle demeure utile et doit être employée même si, comme nous aurons à l'exposer tout à l'heure, elle n'a pas toute la valeur que l'on avait cru pouvoir lui attribuer au début. Elle n'en rend pas moins de remarquables services.

Quant à la médecine vétérinaire, grande traditionnaliste de l'emploi des sétons, cautères et exutoires de toutes sortes, elle ne pouvait manquer de faire sienne la méthode de Fochier, c'est presque d'enthousiasme qu'elle l'adopta et l'abcès de fixation y était déjà fort utilisé avant la guerre. Mais c'est pendant le cours de celle-ci et à l'occasion des grandes épidémies d'affections pyogéniques (gourme, pneumonie infectieuse) que la méthode a été employée en grand,

c'est par milliers qu'ont été pratiquées les piqûres térébenthinées, pour notre part nous n'en avons pas fait moins de 800. L'abcès de fixation a même trouvé dans cette médecine et à l'occasion de la guerre, un emploi auquel il n'était primitivement pas destiné : on ne dispose pas, en effet, chez le cheval du précieux secours de l'écran pour la localisation et l'extraction de l'éclat d'obus, celui-ci, plus ou moins enkysté dans les masses musculaires échappant aux recherches par les moyens ordinaires amenait l'apparition de fistules suppurantes interminables : bien des praticiens, n'hésitant pas à faire une piqûre térébenthinée en plein muscle au voisinage de l'emplacement supposé du corps étranger, un abcès se formait collectant le pus, détruisant les adhérences et mobilisant l'éclat au centre de la collection où, bien des fois, il a été possible de le trouver après débridement. En d'autres circonstances c'est, sinon à titre préventif mais tout au moins dès l'apparition des premiers symptômes que nous voyons dans les épidémies graves de pleuro-pneumonie infectieuse, des vétérinaires militaires, provoquer un abcès de fixation chez leurs malades. Certains d'entre eux allant jusqu'à prononcer le mot « traitement abortif ».

L'emploi de la méthode de Fochier a donc pris, en médecine vétérinaire, une grande extension et là, plus encore qu'en médecine humaine, elle rend de remarquables services.

TECHNIQUE DE L'ABCÈS DE FIXATION

Il est indispensable, si l'on veut obtenir de bons résultats, d'opérer suivant une technique absolument rigoureuse. La pratique des abcès de fixation n'est pas aussi simple qu'elle peut le paraître au premier abord, et des accidents souvent fort sérieux, en tous cas toujours longs et pénibles, sont la conséquence d'injections faites au mépris de quelques règles cependant faciles à observer.

Nous étudierons successivement: la région où l'abcès doit être provoqué, le liquide à employer, la façon de pratiquer l'injection, la conduite à tenir vis-à-vis de l'abcès une fois qu'il s'est formé.

a) *Région d'élection.* — L'injection devant se faire dans le tissu cellulaire sous-cutané, il y a intérêt à choisir une région où celui-ci soit abondant et où les téguments soient, par conséquent, facilement décollables. Il faut éviter les points où le panicule adipeux est développé; Fochier avait fait observer lui-même que lorsque l'injection est poussée dans ces points, la tuméfaction peut rester masquée plusieurs jours. Mais Marmoiton a bien établi, à l'aide d'une observation suivie d'autopsie, que l'insuffisance de vascularisation du tissu adipeux empêche la réaction voulue de se produire.

Les points d'élection, selon Fochier, sont la région del-

toïdienne et l'hypogastre, à égale distance de l'épine iliaque et des fausses côtes. D'autres auteurs tels que Durot, préconisent la partie externe de la cuisse, certains ont même conseillé la fesse ou les masses lombaires. Ces deux derniers points sont à écarter d'emblée, car un abcès dans ces régions rend trop difficile le décubitus dorsal. En outre ces régions sont beaucoup plus exposées aux souillures.

En fait, on utilise guère que la paroi abdominale ou la face externe des cuisses. Toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indication, il vaut mieux choisir la paroi abdominale ; les mouvements du malade sont moins gênés et l'abcès lui-même est moins douloureux. Ces avantages compensent le léger inconvénient dû à la moindre facilité du pansement.

b) *Liquide à injecter.* — Fochier s'adresse à l'essence de térébenthine et la plupart des auteurs l'imitent. Certains ont recours au sulfate de quinine et Fochier lui-même avait commencé par s'adresser à cette substance. Mais elle n'a pas une action pyogène constante, les échecs sont fréquents et les abcès ne contiennent jamais beaucoup de pus. Le nitrate d'argent, utilisé ensuite par Fochier, a les mêmes inconvénients que le sulfate de quinine.

D'autres substances ont été utilisées et certaines sont d'un emploi assez dangereux ; tels l'acide sulfurique dilué, l'acide lactique, l'huile de croton, les toxines streptococciques ou staphylococciques que certains auteurs n'ont pas craint d'utiliser.

Tous ceux qui ont essayé autre chose ont fini par revenir à l'essence de térébenthine qui reste le moyen le plus sûr les plus efficace et le plus inoffensif.

La question de la stérilisation de cette essence a été posée. La plupart des médecins et des vétérinaires, suivant en cela l'exemple de Fochier, utilisent directement l'essence

de térébenthine du commerce. On ne voit pas quel avantage il pourrait y avoir à une stérilisation. Outre que l'essence de térébenthine est assez fortement bactéricide pour être complètement stérile, l'ébullition la modifie certainement. L'essence bouillie donne des abcès beaucoup moins volumineux et échoue même fort souvent tandis que l'essence du commerce est d'un effet beaucoup plus intense et plus sûr. Il est donc préférable de s'adresser à elle en ayant soin seulement de la choisir aussi pure que possible.

Quelle est la quantité à injecter? D'ordinaire, chez un adulte, une dose de 1 centimètre cube suffit pour une première injection. Mais si l'effet désiré n'est pas obtenu, il faut renouveler la dose. Sans aller jusqu'à la tentative hardie de Vincent, qui fit trente injections consécutives et sauva sa malade, on peut se conformer à la méthode conseillée par Carles qui consiste à répéter l'injection toutes les douze heures jusqu'à ce que l'effet désiré se soit produit.

Chez l'enfant il faut avoir recours à des doses moindres et atténuer la causticité de l'essence de térébenthine, soit par l'ébullition, soit par l'adjonction d'huile stérilisée. On admet généralement qu'il convient de ne pas dépasser un quart de centimètre cube à la fois. Cependant quelques auteurs vont plus loin: Montagnon emploie un tiers de centimètre cube jusqu'à 12 mois et un demi centimètre cube jusqu'à 5 ans. Lançon, Espenet et quelques autres ne reculent pas devant la dose de 1 centimètre cube et n'ont observé aucun des sérieux accidents décrits par Mlle Campana et Codet-Boisse.

c) *Injection.* — De l'injection elle-même il y a peu de chose à dire car elle n'offre rien de particulier. Les mêmes précautions, qui sont d'usage dans toutes les injections hypodermiques, s'imposent ici avec d'autant plus d'insis-

tance que la manœuvre est plus délicate. Stérilisation de la seringue, désinfection des téguments, tout cela est de notion banale et nous n'y insisterons pas.

d) *Conduite à tenir vis-à-vie de l'abcès.* — Lorsque la réaction inflammatoire se produit, elle est habituellement précoce. Dans certains cas elle est retardée et ne se produit qu'assez longtemps après l'injection, alors que la maladie paraît s'orienter dans un sens favorable. Nous aurons à revenir sur l'interprétation de ce dernier fait.

Quelques heures après l'injection on observe d'ordinaire une rougeur diffuse qui augmente peu à peu et de la tuméfaction. Au bout de quarante-huit heures la réaction inflammatoire est très nette. On peut la favoriser par des applications chaudes sur le point injecté. Au bout de quelques jours, la collection est nettement perceptible. Lorsque l'injection a été faite dans une région où le tissu cellulaire est abondant, l'abcès prend souvent un développement considérable.

Faut-il inciser cet abcès et à quel moment? Il y a eu, à ce sujet, des controverses. Fochier conseille de les ouvrir très tardivement : « les abcès, dit-il, ne doivent être ouverts que si l'état morbide paraît jugé, ou si, un nouvel abcès ayant été provoqué, la fièvre persiste. Dans ce cas il ne faut ouvrir que les abcès précédant le dernier établi. Lorsqu'un abcès menace de s'ouvrir spontanément, il faut en provoquer un autre avant cette ouverture, si la maladie persiste. » L'opinion de Fochier, corroborée du reste par nombre d'auteurs, est que l'action fixatrice ne persiste que tant que l'abcès n'est pas ouvert. Aussi beaucoup de thérapeutes n'incisent pas les abcès de fixation, les laissant se résorber seuls. Ils ne les incisent que si l'abcès menace de

s'asseoir spontanément ou s'il paraît créer de grands délabrements.

Il est certain, en effet, que dans un très grand nombre de cas les abcès de fixation se résorbent spontanément. En les incisant on court le risque d'infecter secondairement l'abcès et de transformer une suppuration aseptique en suppuration septique beaucoup plus longue et difficile à guérir. C'est ainsi que s'expliquent beaucoup de ces cas lamentables que l'on a pu observer au cours notamment de l'épidémie de grippe de 1918 : on a vu trop de malheureux, complètement guéris de leur grippe, conserver des semaines et des mois une suppuration au niveau d'un abcès de fixation. Nous avons conservé le souvenir d'un soldat qui, plus de trois mois après la guérison d'une grippe grave, conservait une affreuse plaie suppurante très étendue au niveau d'un abcès de fixation et était complètement impotent. L'abcès avait été incisé aussitôt qu'il avait paru collecté.

Des cas semblables, qui sont nombreux, montrent que les réserves que fait Fochier au sujet de l'incision des abcès de fixation, sont parfaitement judicieuses. Bien que l'usage d'ouvrir les abcès se soit assez généralement établi ; il n'en est pas moins vrai que cette pratique n'est pas sans danger. Nous croyons, avec beaucoup de bons esprits, que la méthode de Fochier donnerait moins de mécomptes si l'on s'en tenait aux prescriptions de son auteur. Le vieil adage : *ubi pus, ibi évacua* ne trouve pas son application dans les cas d'abcès provoqués. Ceux-ci ne doivent être ouverts, semble-t-il, que lorsqu'on ne peut pas faire autrement. Il est rare que la tension du pus dans l'abcès soit assez grande pour provoquer une ouverture spontanée ; c'est à ces cas que devrait être réservée l'incision. L'abcès de Fochier étant relativement peu douloureux, on ne trouve pas dans la douleur une indication à intervenir. Il n'y a donc que des

avantages à s'abstenir d'inciser pusque l'action fixatrice disparaît lorsque l'abcès est ouvert.

Lorsque l'incision s'impose, il faut la faire avec toutes les précautions d'une aseptie rigoureuse. Nous insistons à dessein sur ce point particulier de la méthode de Fochier, car il est resté un peu dans l'ombre.

La plupart des auteurs incisent leurs abcès de fixation trop précocement, sans avoir pris la précaution d'en créer d'autres. On court ainsi au devant d'échecs que l'on impute, à très grand tort, à la méthode alors que l'opérateur en est seul responsable.

Les causes invoquées pour le choix de la région d'élection et pour celui du liquide à injecter, sont les mêmes en médecine vétérinaire. C'est ainsi que la région la plus usitée, chez le cheval, est le poitrail, en raison de la finesse de la peau, de la laxité du réseau conjonctif sous-jacent et de la déclivité de la région. Pader indique que l'injection doit être faite sur la ligne médiane « il ne faut pas, dit-il, que l'abcès gagne le confluent des jugulaires, il ne faut pas non plus qu'il s'étende trop loin dans l'interars ».

En ce qui concerne la quantité d'essence de térébenthine à injecter, elle est en moyenne de 5 à 10 centimètres cubes. Il n'y a aucun avantage à la porter à 20 comme le font certains vétérinaires ; de pareilles doses sont même dangereuses et provoquent quelquefois, particulièrement chez les chevaux de race fine, des mortifications étendues en surface et même en profondeur.

Les causes qui font hésiter, quelquefois trop longtemps, le médecin à provoquer chez une personne une lésion telle qu'un abcès, même aseptique, étant à peu près inexistantes quand il s'agit d'un cheval, la date de l'injection térébenthinée, par rapport à l'évolution de la maladie, prend ici une grande importance. Faut-il intervenir dès l'apparition

des premiers symptômes, faut-il attendre comme il est indiqué de le faire en médecine humaine, les premiers signes probables de gravité? La plupart des auteurs vétérinaires conseillent l'intervention rapide afin que « la réaction aille à l'encontre du processus morbide qui se développe » car: « dès qu'une inflammation a amené plus qu'une simple congestion et que déjà il existe un véritable travail de prolifération cellulaire il est rare que la révulsion puisse arrêter l'évolution » (Kapffmann).

Grande différence aussi, en ce qui concerne la conduite à tenir vis-à-vis de l'abcès, particulièrement au point de vue de l'intervention ou de la non intervention. Alors que plus haut nous avons conclu en disant: « il n'y a donc que des avantages à s'abstenir d'inciser », ici nous allons être amenés, avec les auteurs, à une conclusion toute différente. Il faut tout d'abord considérer que, chez le cheval, la résorbtion spontanée de l'abcès est tout à fait exceptionnelle, si celui-ci n'est pas incisé il s'ouvre de lui-même. Humbert signale le fait mais ne s'en explique pas la cause. Pour notre part nous croyons qu'elle réside, en grande partie dans la quantité d'essence de térébenthine injectée. Nous avons constaté, en effet, qu'alors que 5 centimètres cubes provoquaient un abcès qui allait presque toujours jusqu'à la mortification cutanée et l'ouverture spontanée, des quantités moindres, telles que 1 à 2 centimètres cubes provoquaient des abcès susceptibles de se résorber spontanément mais aussi de très petit volume ou même les résultats de telles piqûres étaient un simple empâtement local et fugace.

Tous les vétérinaires praticiens ont remarqué que l'ouverture spontanée de l'abcès volumineux est de règle et s'accordent à indiquer comme indispensable l'intervention par débridement de l'abcès de fixation.

La seule question qui se pose est celle de la date de cette intervention ! Il y a lieu d'être en garde contre les inconvénients d'une incision trop hâtive ; ainsi que nous l'avons dit plus haut une incision faite dans ces conditions arrête l'action fixatrice recherchée. Cadéac, Cagny, Pader estiment que c'est aux environs du dixième jour qu'il y a lieu d'inciser et « d'inciser largement ».

Dans tous les cas, en médecine vétérinaire l'incision est de règle.

ETUDE DE L'ABCES DE FIXATION

On peut se demander quelle est la nature des lésions produites par l'injection térébenthinée. Une observation de Marmoiton nous montre quelles sont les lésions du début; cet auteur a pu faire l'autopsie d'une femme morte peu après une injection térébenthinée qui n'avait pas provoqué de réaction extérieurement apparente. Voici ses constatations: « à la coupe les tissus dégagent une forte odeur d'essence de térébenthine. Le trajet de la piqûre est marquée par une traînée de nécrose d'aspect noirâtre. A l'œil nû la réaction inflammatoire n'est pas appréciable. A l'examen microscopique l'épiderme conserve son aspect normal; le derme n'est pas modifié dans ses couches superficielles, mais, dans la profondeur, il présente des lésions de nécrose très nettes; ses éléments sont divisés; disposés en tourbillon. Le tissu cellulaire sous-cutané montre ses vastes alvéoles, les unes remplies de graisse, les autres bourrées de leucocytes. Il y a quelques foyers hémorragiques disséminés. Une coupe d'artère montre une vaso-dilatation intense est présente un véritable thrombus de globules blancs; les gaines de ce vaisseau sont dissociés par une infiltration leucocytaire abondante. Tout autour de cette artère, se sont formés des nodules inflammatoires constitués par des amas de leucocytes pressés les uns contre les autres. »

On voit que, dès ses toutes premières heures, l'injection

térébenthinée modifie profondément les tissus dans lesquels elle a été faite. Cette désorganisation qu'ils subissent ne tarde pas à aboutir à la formation d'un véritable pus.

Nous touchons ici, à une controverse qu a fait couler des flots d'encre. Le pus des abcès de Fochier est-il stérile ou renferme-t-il des germes? Les recherches des auteurs, tant médecins que vétérinaires, ont abouti à des résultats contradictoires. Toutefois il paraît assez facile, à l'heure actuelle, de se faire une opinion.

La plupart des recherches portant sur le pus des abcès de fixation concluent à la stérilité de ce pus. Cependant Arloing a décelé une fois du streptocoque. Carles puis Lesieur ont isolé du bacille d'Eberth, Marmoiton a obtenu deux fois des cultures de staphylocoques. Dans la très grande majorité des cas le pus semble parfaitement stérile.

C'est cette dernière opinion qui prévaut, à l'heure actuelle. Nous verrons tout à l'heure comment interpréter les résultats contraires.

Certains se sont étonnés, en vertu d'un raisonnement un peu trop simpliste, que l'on ne retrouve pas toujours dans le pus des abcès le germe causal de la maladie parce que « si l'abcès fixe les germes on doit les retrouver dans le pus ». Or, il est tout à fait exceptionnel de trouver dans le pus le germe en question et ceux que l'on y décèle, quand par hasard on peut en déceler, sont d'ordinaire les germes banaux de la suppuration.

On a invoqué le pouvoir bactéricide de l'essence de térébenthine qui détruirait les germes contenus dans le pus. Ainsi s'expliquerait la stérilité de celui-ci. En étudiant, tout à l'heure, le mode d'action de l'abcès, nous nous étendrons plus longuement sur cette discussion et nous indiquerons quelle est, actuellement, la conclusion à laquelle elle permet

d'aboutir. Bornons-nous, pour l'instant, à décrire les principaux caractères du pus des abcès de fixation.

Dans les premiers jours de l'abcès le pus est séreux et contient des débris cellulaires peu altérés et d'identification facile. Rapidement sous l'action de la térébenthine, aidée par celle des ferments leucocytaires mis en liberté dans le foyer, les éléments figurés sont détruits, le pus prend l'aspect crémeux, louable et on ne peut y identifier aucun élément cellulaire. Ce pus rappelle beaucoup celui des suppurations chaudes, à cela près qu'on ne peut y déceler aucun germe et que la présence de l'essence de térébenthine y est aisément reconnaissable.

Ajoutons enfin que ce pus, généralement amicrobien est le plus souvent *extrêmement toxique*. Arnozan, Carles ont constamment trouvé dans ce pus des quantités de toxines bien supérieures à celles contenues dans le sang ou les viscères. Nous soulignons ce fait qui va servir de base à tout le raisonnement que nous allons exposer maintenant sur le mode d'action de l'abcès de Fochier.

MODE D'ACTION DE L'ABCES DE FIXATION

Il paraît aujourd'hui certain que l'abcès de fixation se comporte comme un centre attractif vis-à-vis des leucocytes chargés de produits toxiques et vis-à-vis des germes qui sont en circulation dans le sang. Il existe, en outre, la leucocytose et aide ainsi l'organisme dans sa lutte contre l'infection. Enfin l'essence de térébenthine exerce une action antiseptique très nette sur l'organisme. Il y a donc, dans la méthode de Fochier, beaucoup plus que la simple révulsion à laquelle certains auteurs la comparent.

Reprenons maintenant chacun de ces points avec quelques détails.

Que les leucocytes soient attirés et comme drainés vers l'abcès de fixation, c'est un fait de notion absolument certaine, nous verrons plus bas, à propos de l'étude qui a été faite de ce point par les auteurs vétérinaires, que de nombreuses expériences le démontrent. On sait, d'autre part, que dans toutes les infections le globule blanc se charge de microbes et de toxines microbiennes et les transporte vers les voies d'élimination. Dans les cas d'infections sévères, celles-ci peuvent se trouver insuffisantes et l'abcès de Fochier leur apporte un secours précieux en drainant une partie des leucocytes qui iraient obstruer des émonctoires surmenés « véritable métastase artificielle, il prévient les complications redoutables des métastases qui pourraient

se faire dans des organes essentiels. En attirant les leucocytes loin du foyer inflammatoire, il contribue, d'autre part, à sa limitation et à sa régression ».

Par quel mécanisme les leucocytes sont-ils attirés vers le point ou l'injection de térébenthine a été faite? On a invoqué le pouvoir chimiotoxique de l'essence de térébenthine vis-à-vis des globules blancs, pouvoir réel mais qui ne suffit pas à tout expliquer. Il semble établi que l'injection térébenthinée crée, au point où elle a été faite, un centre de moindre résistance et, ainsi que l'a dit Spillmann « la voie d'excrétion suivie par les globules blancs est une voie prédestinée ; c'est la région de moindre résistance. Cet état de moindre résistance peut être dû à un agent chimique formant un centre d'appel pour les leucocytes excréteurs ». L'abcès de Fochier réalise en fait, ainsi que l'a dit Carles, une véritable saignée leucocytaire, c'est-à-dire une saignée élective qui soustrait à l'économie uniquement l'élément du sang qui est devenu toxique. On voit quels avantages considérables présente cette manière de faire et combien elle est supérieure à la simple révulsion avec laquelle, ainsi que nous le disions plus haut, elle ne saurait être confondue.

Outre qu'elle débarrasse l'organisme de globules blancs chargés de produits toxiques, l'injection térébenthinée favorise la formation de nouveaux globules blancs qui remplacent dans la lutte ceux qui sont usés. Cette hyperleucocytose consécutive à l'injection térébenthinée a été bien mise en évidence par Bauer et Nazarou, puis par Boissard et Beauvoisin. L'abcès de fixation contribue donc à éliminer les leucocytes chargés de toxines et à augmenter le nombre des leucocytes de néoformation. Il donne donc un coup de fouet sérieux aux défenses de l'organisme.

Mais sert-il, comme on l'a dit, d'émonctoires aux micro-

bes eux-mêmes? Ceci n'est pas aussi bien prouvé. Nous avons dit déjà que le pus de l'abcès de Fochier est habituellement stérile et que, lorsqu'on y trouve des germes, ce ne sont pas toujours ceux de la maladie en cours. Il y a là une série de contradictions à expliquer. Une hypothèse, d'ailleurs logique et conforme aux faits, consiste à admettre que les microbes affluent bien vers le foyer de suppuration, les expériences invoquées plus bas le démontrent du reste de façon indéniable, mais y sont détruits par l'essence de térébenthine dont le pouvoir bactéricide est considérable. Les microbes subiraient, dans l'abcès, « une véritable bactériolyse sous l'action combinée de la térébenthine et des ferments mis en liberté par la destruction des leucocytes, ce qui explique l'impossibilité de les y déceler dans la plupart des cas ».

Un fait vient à l'appui de cette manière de voir: lorsqu'on provoque un abcès artificiel à l'aide d'une substance autre que l'essence de térébenthine, on trouve constamment dans le pus de l'abcès le germe de la maladie au cours de laquelle celui-ci a été provoqué. S'il n'en est pas ainsi lorsque l'abcès a été provoqué par l'essence de térébenthine c'est donc que la différence constatée provient de l'emploi même de cette essence de térébenthine. Le pus de l'abcès térébenthiné ne devient donc stérile que secondairement et sous l'action de l'essence. Une autre preuve en est, qu'on peut parfois trouver des germes dans ce pus si on les cherche tout au début de la formation de l'abcès.

Ce pouvoir bactéricide considérable de l'essence de térébenthine explique une autre action utile de l'abcès de Fochier: une partie notable de la térébenthine injectée est résorbée, passe dans le sang et s'élimine par les urines. Ce passage de la térébenthine dans la circulation lui permet d'exercer directement son pouvoir bactéricide sur les ger-

mes contenus dans le sang et explique l'amélioration notable qui survient souvent dans l'état général à ce moment-là. Ainsi peut s'expliquer l'espèce de « crise salutaire » qu'amène assez souvent l'injection de térébenthine.

Signalons enfin, pour mémoire, l'action « stimulante pour le système nerveux » de la douleur quelquefois vive provoquée par l'abcès. C'est là un facteur auquel, pour notre part, nous ne croyons pas beaucoup, mais que certains auteurs se sont plu à signaler.

En médecine vétérinaire, cette partie de l'étude des abcès de fixation a été poussée très loin, de nombreux auteurs ont cherché à résoudre cette question du mode d'action de l'abcès de fixation et nous allons voir qu'ils ont abouti aux mêmes conclusions que celles que nous venons d'exposer; à tel point que l'étude de leurs travaux nous occasionnera quelques redites dont on voudra bien nous excuser!

Pour Kauffmann le problème se pose ainsi: « une maladie grave d'un organisme étant en évolution, produire artificiellement dans un point de cet organisme d'importance moindre que celui atteint une lésion plus énergique et moins dangereuse afin d'éteindre ou d'atténuer la première », l'abcès de fixation peut être considéré comme étant ce processus inflammatoire capable de créer en un autre point de l'organisme atteint une maladie suppléant, subjugant la première affection. Quels phénomènes se passent pour que puisse se produire une telle substitution.

Suivant Salinave, l'action dominante est l'action révulsive: décongestion des organes malades, congestion périphérique et cet auteur appelle l'abcès de Fochier: « abcès de dérivation ».

Pour Kauffman la présence sous la peau d'un corps irritant tel que l'essence de térébenthine, provoque, par son action sur les fibres terminales sensitives, un effet vaso-

moteur intense, dilatation sur les capillaires superficiels, construction sur les capillaires profonds. Il se produit ainsi une véritable saignée interne avec entraînement de toxines sans cependant perte réelle de sang. Mais pour le plus grand nombre des auteurs, dont le professeur Cadéac, et nous partageons entièrement cette manière de voir ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'action est beaucoup plus complexe : non seulement il y a révulsion, vaso-motricité réflexe comme le veulent les deux auteurs précités, mais encore : appels microbien et leucocytaire simultanés au niveau de l'abcès, accumulation de toxines dans la sérosité et le pus de celui-ci, enfin leucocytose intense et coup de fouet à la phagocytose.

Cette façon de concevoir le mode d'action de l'abcès trouve presque la valeur d'une démonstration dans l'étude des expériences et observations suivantes :

Plaçons un séton à une vache tuberculeuse, bientôt du bacille de Koch est décelable dans le pus.

Faisons une injection intra-veineuse de streptocoques à un cheval atteint d'arthrite, une poussée aiguë se produit dans l'articulation malade.

Dans un autre ordre d'idées : nous voyons le traumatisme infiniment léger produit, par l'introduction intradermique d'une très petite quantité de malléïne dans la paupière d'un cheval hypersensible aux toxines du bacille morveux, suffire à attirer en ce point des toxines en quantité suffisante pour provoquer une inflammation importante. Bien mieux : l'injection de malléïne est-elle faite à un cheval non morveux par conséquent non hypersensible à son effet, celui-ci est alors nul ; mais que l'œil sur la paupière duquel la piqûre a été faite soit le siège d'une affection ou lésion quelconque traumatique ou non, aussi légère soit-elle, nous voyons presque à coup sûr l'inflammation se

produire. Une simple lésion de l'œil, même légère, suffit donc à créer, en ce point, une « moindre résistance » puisque si elle n'existe pas, l'inflammation provoquée par la présence de la malléïne ne se produit pas.

Les poisons eux-mêmes, introduits dans un organisme, sont attirés au point traumatisé, au point de « moindre résistance » comme nous disions plus haut! Arnozan cite, en effet, l'accumulation de l'arsenic dans le pus de l'abcès de fixation produit sur une personne soumise à un traitement arsénical.

Quant à l'appel leucocytaire, il est indéniable! il se produit dans un abcès de fixation comme il se produit dans toute lésion inflammatoire; mais là: l'inflammation évoluant sur un organisme en puissance d'infection microbienne, les leucocytes qui arrivent et s'accumulent au centre inflammatoire sont chargés des microbes de la maladie ou de leurs toxines. Roger, ayant injecté de la toxine tétanique à une poule sur laquelle il avait provoqué un abcès de fixation à l'aide de gluten-caséïne, a retrouvé la présence de cette toxine dans le pus de l'abcès; poussant plus loin l'expérience, la centrifugation de ce pus lui a permis de démontrer que c'est sur les globules et non dans le liquide, qu'existe la toxine tétanique et de conclure: « la toxine est fixée sur le leucocyte » sans doute à la façon d'une teinture.

La phagocytose, dans les cas d'abcès de fixation, est donc intense, les expériences précédentes et la quantité de pus le démontrent, mais alors le pose la questions suivante:

L'abcès localise-t-il la lutte leucocyto-microbienne à son seul niveau comme le prétend Cadiac, ou a-t-il seulement pour rôle d'appeler à lui et éliminer toxines et éléments morts, comme le voudrait Roger? Pour notre part nous pensons que l'action phagocytaire se fait dans l'ensemble

de l'organisme avec exaltation toutefois au niveau de l'abcès.

Ajoutons enfin que les autres influences signalées plus haut comme intervenant dans le mode d'action de l'abcès de Fochier, se retrouvent aussi dans les études entreprises sur ce sujet par les auteurs vétérinaires. Signalons d'abord l'expérience que nous avons répétée nous-mêmes et qui consiste à injecter de l'essence de térébenthine à un cheval sain, nous obtenons presque à tous coups une hyperthermie pouvant aller jusqu'à deux degrés. Il n'est pas sans intérêt de penser que cette augmentation de température occasionnée par la seule présence de l'essence de térébenthine peut avoir une action importante sur la marche de la maladie lorsque celle-ci existe.

Quant à l'action antiseptique de l'essence de térébenthine que nous avons déjà longuement développée, elle est également signalée en médecine vétérinaire par la plupart des auteurs.

En résumé, on voit combien complexe est le mode d'action de l'injection térébenthinée. Sans doute il y a, dans tout ce que nous venons de voir écrit par les auteurs des deux médecines qui se sont occupés de la question, et dans tout ce que nous venons de dire, toute une part de théorie, mais les faits, expériences et observations sont assez favorables à cette théorie qui les interprète et les explique très suffisamment.

INDICATIONS DE L'ABCÈS DE FIXATION
CONTRE-INDICATIONS

Ce que nous venons de dire du mode d'action de l'abcès de fixation pour les indications de son emploi. Il doit être tenté dans toutes les infections généralisées sévères, dans tous les cas où les défenses de l'organisme fléchissent et menacent de céder, quelle que soit d'ailleurs la localisation initiale de l'infection que l'on veut combattre. L'opinion des auteurs est unanime sur le point que cette médication est une médication héroïque et d'exception que l'on ne doit employer que dans les cas très graves, résistant aux moyens habituels de traitement; cependant, autant il serait peu logique d'appliquer la méthode aux cas de gravité moyenne, susceptibles de guérir sans elle, autant il serait nuisible pour l'intérêt du malade d'attendre, pour l'appliquer, que l'état soit tout à fait désespéré. Beaucoup d'échecs que l'on attribue à la méthode sont dus à ce que elle a été employée trop tardivement. On ne peut pas lui demander de réaliser des miracles. Il y a là une question de juste mesure et d'exacte appréciation clinique qui n'est pas toujours très facile.

L'action bactéricide de l'essence de térébenthine étant surtout marquée vis-à-vis du streptocoque et du staphylocoque, ce sont les affections causées par ces deux germes

qui sont tout d'abord justiciables de la méthode de Fochier. Le type de ces infections est l'infection puerpérale et c'est à elle, en effet, que Fochier a d'abord appliqué son système. Chez toute femme dont l'utérus est infecté, l'état général devient vite excessivement grave aussitôt que l'infection n'est plus localisée à l'utérus mais s'est généralisée. On a vu des malades dont l'état n'a pas cessé de s'aggraver jusqu'à la mort malgré qu'un curettage soigneux ait à peu près désinfecté leur cavité utérine. Et c'est un fait connu depuis longtemps chez les accoucheurs que si, à ce moment, l'infection utérine reprend de la virulence, l'état général s'améliore alors beaucoup. Ce fait a inspiré à Fochier l'idée d'essayer de provoquer, chez ces graves infectés, une suppuration locale et c'est à des cas d'infection puerpérale qu'il fit les premières applications de sa méthode. C'est dans ces cas aussi que l'on obtient parfois les plus remarquables succès. Chez des malades présentant de violents accès de fièvre un état général grave avec délire, asthénie cardiaque, langue sèche, albuminurie, si l'on provoque un abcès de fixation on voit, aussitôt que celui-ci apparaît, l'état général s'amander et les phénomènes inquiétants s'atténuer très vite. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point et l'infection puerpérale est une de celles où la méhode de Fochier donne les plus beaux résultats.

Toutes les septicémies à streptocoques ou à staphylocoques sont heureusement influencées par l'abcès de Fochier. Dans l'érysipèle on a eu des résultats heureux. Certains auteurs font même l'injection sur le bord du bourrelet érysipilateur et arrivent ainsi à limiter rapidement l'extension de l'érysipèle,

Il est inutile d'ajouter que de tels procédés ne peuvent être employés que dans des cas excessivement graves où toutes les audaces sont permises parce que, si le malade

peut peut-être y gagner quelque chose, il n'a en tous cas absolument rien à y perdre.

Mais après l'injection puerpérale, ce sont les affections pulmonaires qui ont été le plus souvent et avec le plus de succès traitées par l'abcès de Fochier. D'innombrables travaux ont paru à ce sujet qui, tous, signalent des résultats heureux. Quelques réserves de place en place jettent, à peine une légère note discordante dans ce concert. L'épidémie de grippe de 1918-1919 a permis de traiter de très nombreux malades par les abcès de fixation. Aucun travail d'ensemble important n'a paru à ce sujet, mais des articles qui ont été publiés ça et là, il ne ressort pas que des résultats heureux aient été constamment obtenus. La plupart des auteurs sont cependant d'accord pour reconnaître que la proportion des guérisons est plus grande chez les malades traités par la méthode de Fochier que chez les autres. Nous reviendrons plus tard sur l'interprétation de tous ces faits. Retenons seulement pour l'instant que la pneumonie, la broncho-pneumonie, la grippe, sont des maladies dont les formes graves sont, d'une façon générale, très heureusement influencées par l'abcès de Fochier.

La fièvre typhoïde grave s'améliore parfois à la suite d'une ou de plusieurs injections térébenthinées et Carles, notamment, a publié un certain nombre de cas heureux.

Certains cas de pseudo-rhumatisme infectieux ont été traités avec succès par Revillod, à l'aide d'injections d'essence de térébenthine.

Cette méthode a été essayée dans beaucoup d'autres cas avec des résultats divers; signalons l'opinion de Marmoiton que la paralysie infantile pourrait être, à son début, enrayée par une injection d'essence de térébenthine. Cette opinion semble encore assez peu assise et mériterait quelques vérifications.

Les fièvres éruptives, enfin, peuvent aussi être justiciables de cette méthode. Costes (Th. Montpellier, 1905), a donné d'intéressants résultats de traitement des varioles graves par les abcès de fixation. Morsty a traité avec succès par la même méthode, des cas de typhus exanthématique.

Il n'est donc aucune infection pyrétique grave qui ne soit susceptible de s'améliorer sous l'influence des injections de térébenthine. Cependant, cette méthode a quelques contre-indications qu'il est nécessaire de bien connaître. Elles sont du reste, peu nombreuses : la principale est le diabète. Viennent ensuite le brightisme — surtout lorsqu'il y a des œdèmes — et la tuberculose. En dehors de ces quelques circonstances, on ne peut avoir aucune raison d'hésiter à employer une méthode qui, bien maniée, est sans danger.

En médecine vétérinaire l'emploi de l'abcès de fixation s'est généralisé bien plus qu'en médecine humaine, la raison s'en conçoit aisément et nous y avons déjà fait allusion. Il est peu d'affaires présentant quelque gravité contre laquelle cette méthode de traitement n'ait été tentée ; mais, de même qu'en médecine humaine, c'est dans les affections pyrétiques graves qu'elle donne les meilleurs résultats :

Pleuro-pneumonie infectieuse, formes diverses de pasteurellose, gourme septicémique ou hémorragique, phlegmasie gourmeuse violente de la gorge. Filariose du suspenseur du bolet (Pader). Arthrite suppurée du jarret (Cagny). Fourbure métastatique (Salenave).

Une seule contre-indication, la même que nous avons déjà rencontrée en médecine humaine : la tendance à la formation des œdèmes (anasarque).

RESULTATS DE L'ABCES DE FIXATION

Le résultat de l'abcès de fixation se montre, en général, assez rapidement après l'apparition de la réaction locale. Aussitôt qu'à la suite d'une ou de plusieurs injections on voit apparaître au point piqué une réaction inflammatoire nette, il est de règle de voir le tableau clinique s'amender soudain. La température baisse, l'agitation se calme, le pouls se ralentit, les symptômes graves s'atténuent et en quelques heures l'aspect du malade est transformé. Cette amélioration est, en général, durable, bien qu'on ait signalé quelques cas où, après une période d'accalmie, l'infection a repris sa marche fatale.

Comment s'explique la baisse de température qui est le résultat le plus immédiat de l'abcès de fixation? Lançon admet que l'abcès fixateur, grâce à l'appel leucocytaire qu'il provoque, détruit en même temps que les leucocytes, leurs toxines hyperthermisantes. Cette interprétation paraît quelque peu fragile, nous ne savons pas bien, en réalité, par quel mécanisme cette action se produit. Il y a très certainement des réactions humorales complexes. Du reste, un seul abcès n'est pas toujours suffisant à amener un résultat stable, il faut parfois en provoquer plusieurs de suite. On peut être autorisé à être hardi, étant données la bénignité habituelle de ces abcès provoqués et la rapidité de leur guérison.

Un fait remarquable est que l'amélioration des signes fonctionnels consécutive à l'abcès de fixation, ne va pas du tout avec une amélioration des signes locaux. La méthode de Fochier est absolument sans influence sur ceux-ci.

Nous arrivons maintenant aux discussions très importantes et, du reste, encore pendantes, qui concernent l'action et la valeur véritables de la méthode de Fochier. Un grand nombre d'auteurs soutient, avec de grandes apparences de raison, que la valeur thérapeutique de cette méthode est peut-être moins grande qu'on ne la cru et que, au lieu de stimuler les défenses de l'organisme, elle les mesure simplement. En d'autres termes, ils admettent que l'abcès ne se forme que chez les malades ayant encore une certaine capacité de résistance; chez ceux dont toute la défense est épuisée, l'abcès ne se forme pas parce que l'organisme n'est pas capable de réagir à l'injection de térébenthine. La formation d'un abcès signifierait donc, non point que l'injection a augmenté la capacité de résistance de l'organisme, mais que celle-ci n'était pas encore réduite à zéro. L'abcès aurait donc une valeur non point *thérapeutique* mais *pronostique*. Pour citer le mot heureux de Rauzier, cet abcès serait non point un *abcès de fixation* mais un *abcès de traduction*, tout au moins dans le plus grand nombre des cas. Cette opinion ne signifie pas, comme on pourrait être au premier abord tenté de le croire, que les malades guéris par l'abcès de fixation seraient sûrement guéris sans lui; s'il en était ainsi, il est évident que la valeur de celui-ci deviendrait tout de suite beaucoup mondre. Or, il est cependant des cas où, indiscutablement, une situation grave et presque désespérée a été sauvée par l'abcès de fixation, et le maître dont nous citons l'opinion n'hésitait jamais à avoir recours à lui. Nous croyons qu'il faut être un peu éclectique et, tout en reconnaissant que la plus grande va-

leur de l'abcès de Fochier est sa valeur pronostique, ne pas lui refuser toute action thérapeutique; nous verrons combien la généralisation de son emploi et l'étude de ses résultats en médecine vétérinaire font abonder dans ce sens. Du reste, le seul fait que l'on observe dans bien des cas une amélioration marquée, succédant à l'apparition de l'abcès, montre que cette action existe. Mais il est hors de doute qu'elle se produit seulement chez les malades qui gardent encore quelque possibilité de lutte. Il est, d'ailleurs, une tendance regrettable qui consiste à avoir recours à l'abcès de Fochier, seulement dans les cas presque désespérés. Certes, il faut se garder d'imposer à un malade l'ennui et les risques, si légers soient-ils, d'une semblable thérapeutique si l'on voit que la guérison peut se produire sans ce secours. La méthode de Fochier doit être réservée aux cas graves dans lesquels les moyens usuels sont insuffisants; mais il est préférable de ne pas attendre la période tout à fait ultime de la maladie pour l'employer car, pas plus qu'aucun autre moyen humain, elle n'est susceptible de produire des miracles.

Outre l'importance qu'a, au point de vue du pronostic, l'apparition d'un abcès au point où on l'a provoqué, certains auteurs accordent aussi à ce fait une valeur de diagostic. Mais ceci est plus controversé. On sait combien il est souvent difficile de distinguer certaines pneumonies ou broncho-pneumonies tuberculeuses, de broncho-pneumonies ou de pneumonies banales prolongées; nous ne parlons pas ici naturellement des cas où les examens de laboratoire sont possibles et faciles à réaliser et qui demeurent, au point de vue de la clientèle, des cas d'exception. Fochier considérait comme certain que les broncho-pneumopathies tuberculeuses ne retiraient absolument aucun avantage de l'emploi de sa méthode. Carles, Arnozan, Montagnon ont

confirmé pleinement cette manière de voir. Chez l'enfant notamment, d'après Montagnon, on serait autorisé à conclure, si la température ne cède pas dans les deux jours qui suivent la formation de l'abcès, qu'il s'agit d'une affection tuberculeuse. Les faits recueillis à ce sujet sont encore trop peu nombreux pour permettre une conclusion absolue. D'autant que Lathuraz, à la suite de très sérieuses recherches, est d'avis que l'abcès de fixation peut parfaitement donner de bons résultats dans certaines formes de tuberculose : « la granulée évoluant à la manière d'une maladie infectieuse généralisée et la phygmatose des neuro-arthritiques ». Il cite trois observations intéressantes à ce point de vue.

Il n'y a point à s'étonner de ces contradictions. En matière de clinique, tout peut être soutenu parce que rien n'est impossible. Au fond nous savons peu de choses en ce qui concerne les réactions humorales et tous les phénomènes qui se passent dans l'intimité des tissus. Or, la méthode de Fochier met en jeu tout ce complexe d'actions et de réactions locales et générales, tissulaires et sanguines sur lesquelles notre science est réduite à de très peu précises hypothèses.

Il est donc difficile, non seulement d'interpréter, mais même seulement d'apprécier exactement ses résultats. Si l'on ajoute à cela les conditions défectueuses de l'expérimentation clinique, dues surtout à l'absence des cas « témoins » impossibles à réaliser (1), on voit combien difficile devient le problème.

---

(1) C'est pour combler cette lacune, facile à pressentir par tous ceux qui ont eu à apprécier l'efficacité du traitement par les abcès de fixation, que nous avions entrepris l'expérience suivante :

En 1912 et 1913 une épidémie importante de septicémie grippale

Aussi est-il préférable de demeurer pour le moment sur le terrain de l'empirisme banal qui est celui des faits. Y

---

a, sous le nom de « pasteurellose », sévi sur les chevaux du 16e régiment de dragons. La maladie avait une évolution a forme grippale typique : après 48 heures environ d'atteinte violente de l'état général avec stupeur, abattement et forte hyperthermie survenait, ou la guérison ou une complication. Lorsqu'il y avait complication, celle ci se localisait le plus souvent sur l'arbre broncho-pulmonaire, mais atteignant aussi, quoique en proportion beaucoup moindre, n'importe quel autre organe : tube digestif, reins, cœur, encéphale, séreuses, etc. Pendant tout le cours de l'épidémie, les malades mis en expérience dont le nombre atteignit 156 furent partagés en deux lots dont un témoin. — *Toutes choses absolument égales d'ailleurs*, les chevaux à matricule pair (dans l'armée tous les chevaux sont marqués au feu sur le sabot d'un numéro d'immatriculation) recevaient, des menace de complication Par conséquent, généralement le 4e ou le 5e jour de la maladie, une injection d'essence de térébenthine. Ceux à matricule impair (lot témoin) n'en recevaient pas. Le bouleversement occasionné par la guerre nous a malheureusement fait perdre les observations recueillies et les nombreux graphiques établis. Toutefois, avec les notes sommaires qui nous sont restées, nous pouvons reconstituer le tableau suivant :

	LOT DES MALADES ayant reçu un ou plusieurs abcès	LOT des malades témoins
Nombre total	74	82
Nombre de morts. . .	5	11
Mortalité	6,75 p. 0/0	13,41 p. 0/0
Durée moyenne du séjour aux infirmeries.	37 jours	29 jours

De la consultation de ce tableau sommaire, il ressort deux faits :

1° La mortalité est nettement moindre dans le cas de l'emploi de l'abcès de fixation. — 6,75 p. 0/0 au lieu de 13,41 p. 0/0 ;

2° La durée de l'indisponibilité est plus longue, 37 jours au lieu de 29. Cela est dû à la persistance quelquefois grande de la suppuration après incision de l'abcès.

Qu'il nous suffise de retenir le premier !

a-t-il des malades qui, dans un état très grave et presque désespéré, ont vu leur situation s'améliorer du jour au lendemain à la suite de la provocation d'un abcès? A cette question, il est impossible de ne pas répondre *oui*. Au point de vue clinique cela nous suffit. Certes nous ne nous dissimulons pas ce qu'une pareille conclusion a de terre à terre, de peu scientifique, d'insatisfaisant pour l'esprit. Mais qu'importent les théories quand il s'agit d'être utile à un malade? Que l'abcès de Fochier excite les défenses défaillantes de l'organisme ou qu'il révèle simplement ce qui reste d'elles, quelle importance cela a-t-il du moment que le malade en retire un bénéfice? Or, le malade d'abord, les théories ensuite. Puisqu'aucune théorie ne peut, actuellement, nous satisfaire, bornons notre ambition à savoir que des malades graves peuvent retirer un bénéfice de l'emploi de la méthode de Fochier et employons celle-ci sans lui chercher chicane sur son mode d'action. Si elle échoue, nous n'aurons rien à regretter. Si un résultat heureux est obtenu qui pourra, dans l'état actuel de notre savoir, affirmer avec preuves à l'appui que la thérapeutique employée n'y est pour rien?

Cette philosophie est modeste. Peut-être est-elle plus sage que les enthousiasmes dithyrambiques des uns et les dénigrements sans mesure des autres. Il nous paraît, en tous cas, qu'il est actuellement impossible de conclure autrement un travail sur la méthode de Fochier.

Nous retrouvons chez les auteurs vétérinaires les mêmes hésitations et les mêmes différences d'interprétation quant à l'appréciation des résultats de l'abcès de fixation.

Dans la pratique courante le clinicien se borne à constater l'influence de l'abcès sur l'évolution de la maladie. Quand celui-ci évolue rapidement après l'injection il est rare qu'il ne se produise pas une rapide amélioration sen-

sible, surtout sur l'état général, c'est le cas le plus fréquent, pour notre part nous estimons qu'il en est ainsi dans environ 60 p. 100 des cas. Mais quand, au contraire, l'abcès ne se développe pas, la maladie marche ordinairement vers l'aggravation. Les nombreux praticiens qui emploient journellement la piqûre térébenthinée ont tous remarqué le parallélisme inverse qui existe entre l'évolution de la maladie et l'évolution de l'abcès. La déduction s'impose: en plus d'un moyen thérapeutique l'abcès est un moyen pronostic.

Les faits nous apprennent que « dans une lutte où deux processus inflammatoires sont en cause, l'un a une influence marquée sur l'évolution de l'autre », cette vérité du temps d'Hippocrate est encore vérité de nos jours. *A priori,* nous pouvons donc dire que si l'inflammation que nous créons artificiellement se développe avec intensité nous poserons un pronostic favorable, le contraire étant un mauvais signe.

Cette interprétation du résultat de l'abcès de fixation est-elle exacte? Qu'en pensent les auteurs?

Naudin estime que la valeur autant thérapeutique que pronostique, varie avec l'espèce animale.

Pour Gobert c'est un moyen purement pronostic, de même que Rauzier, cet auteur vétérinaire en fait « un abcès de traduction ».

Salenave dit que « l'abcès de fixation, en dehors de son action purement révulsive, a une valeur pronostique incontestable.

Pader, Cadéac et Roger attribuent à l'injection térébenthinée « en même temps que *sa valeur thérapeutique indéniable* une valeur pronostique ». Pour ce dernier auteur, l'absence complète de toute réaction « trahissant la perte

d'irritabilité, cet attribut essentiel de la vitalité de la matière, est un signe révélateur de l'agonie ».

Quoi qu'il en soit des diverses opinions des auteurs et de toutes les théories qu'il est possible d'émettre, il n'en est pas moins vrai qu'en médecine vétérinaire la multiplicité des cas où est employé le traitement des affections pyogéniques graves par la méthode de Fochier, les milliers et milliers de piqures térébenthinées qui ont été pratiquées depuis que le professeur de Lyon a publié son sensationnel article en 1891, enfin la persistance de l'emploi de cette méthode par tous ceux qui se sont décidés à le tenter, nous obligent à conclure ici d'une façon plus ferme que nous ne l'avons fait pour la médecine humaine *à l'existence indéniable de la valeur thérapeutique de l'abcès de fixation.*

CONCLUSIONS

I. — La méthode de Fochier, issue directement des anciennes médications génératrices de pus, consiste à dériver, dans les états d'infection généralisée grave, cette infection sur un point choisi de l'économie et à créer en ce point un centre d'attraction pour les leucocytes chargés de produits toxiques et les microbes eux-mêmes que les émonctoires naturels, surmenés, ne suffisent pas à éliminer.

II. — Ce but est rempli par l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine qui agit à la fois par appel leucocytaire, par excitation de la leucocytose, par bactériolyse locale et par désinfection directe dans le milieu circulant. Les injections doivent être répétées de douze en douze heures en médecine humaine, à intervalles de vingt-quatre heures en médecine vétérinaire, jusqu'à obtention du résultat cherché : la réaction inflammatoire puis l'abcès.

III. — Les résultats obtenus sont une défervescence rapide et une amélioration considérable des signes généraux graves, sans modification notable des signes locaux. Ces résultats sont assez constants pour que la méthode soit à conseiller dans toutes les formes graves des pyrexies, infection puerpérale, fièvre typhoïde, broncho-pneumopathies, etc.

IV. — La valeur thérapeutique de la méthode n'est pas démontrée d'une façon absolue en ce sens que l'on ignore si elle *crée* de nouvelles défenses, si elle *stimule* seulement celles qui existent ou si même elle les révèle simplement. Mais, étant donnés les résultats heureux que l'on obtient par elle, tant en médecine vétérinaire qu'en médecine humaine, elle demeure à conseiller dans tous les cas graves où les ressources thérapeutiques ordinaires sont insuffisantes.

V. — Les seules contre-indications à signaler sont: en médecine humaine, le diabète et peut-être la tuberculose; dans les deux médecines, la tendance aux œdèmes, l'anasarque. En outre, il n'est pas à recommander aux médecins d'utiliser la méthode uniquement chez des agonisants. Elle demeure une méthode d'exception réservée aux cas particulièrement graves, mais il ne faut pas lui demander l'impossible. Quant aux vétérinaires, il n'y a pas lieu de leur recommander l'emploi de la méthode étant donné qu'elle est largement utilisée par le plus grand nombre d'entre eux. Qu'il nous suffise de dire que là aussi il ne faut pas lui demander ce qu'elle ne saurait donner.

BIBLIOGRAPHIE

Arnozan. — Les abcès de fixation. *Journ. de médecine de Bordeaux*, mars 1901.

— et Carles. — Les remarques sur l'abcès de fixation. *Prov. méd.*, 23 déc. 1905.

Ball. — Des abcès de fixation chez le cheval. *Lyon Méd.*, 1900.

Bard. — Pneumonie traitée par les abcès de fixation. *Lyon Méd.*, 1892.

Benjamin. — Inj. sous-cutanée d'essence de térébenthine. *Bulletin de la Société centrale vétér.*, 1895.

Berman. — *Thèse de Paris*, 1893.

Bleyrin. — Injection puerpérale et méthode de Fochier. *Rev. gyn. obst. et péd. de Paris*, 1909.

Boissard. — *Journ. d'obst.*, 1908.

Bouley. — *Dictionnaire de médecine.* Sétons et exutoires.

Branthomme. — Abcès de fixation et pneumonie. *Rev. de méd.*, 1896.

Buchenaud. — *Thèse de Toulouse*, 1911.—

Cadéac. — Des abcès de fixation. *Journal vétér. de Lyon*, 1910.

Cagny. — Injection sous-cutanée d'essence de moutarde. *Bullet. de la Soc. centr. de méd. vétér.*, 1888.

Campana (Mlle R.) et Codet-Boisse. — Abcès de fixation dans les cas de broncho-pneumonie grave chez l'enfant. *Gaz. hebd. des sciences de Bordeaux.*

Carles. — *Thèse de Bordeaux*, 1902.
— *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1903 et 1913.
— Rôle des leucocytes dans l'absorption et l'élimination des substances étrangères à l'organisme. Vigot, Paris, 1904.
— *Soc. de biologie*, 1910.
— *Progrès Médical*, 1911.
— *Consult. médicale française*, n° 42, 1912.
— et Baqué. — *Journ. de médec. de Bordeaux*, 1908.
Carrieu. — Des abcès de fixation dans la grippe épid. *Soc. méd. mil. de la XVI^e^ région*, 1918.
Céllarié. — *Thèse de Bordeaux* 1905 (abcès de fixation chez l'enfant).
Cantemesse. — *Soc. méd. Hôp.*, 1892.
Chausse. — En faveur de séton. *Revue vétér.*, 1909.
Chirié. — *Presse médic.*, 1909.
Ciuca (A.). — Action des abcès de fixation sur la trypanocomiase expérimentale du cobaye et son traitement par l'atoxyl. *Ann. de l'Instit. Pasteur.*
Costes. — *Thèse de Montpellier*, 1904.
Dairaux. — *Presse méd.*, 1906.
Dechaux. — *Thèse de Montpellier*, 1907.
Detscheff. — *Thèse de Lyon*, 1909.
Dieulafoy. — *Soc. méd. hôp. Paris*, 25 mars 1892.
Drouin. — Des abcès de fixation. *Revue vétér. Ec. de Toulouse*, 1910.
Durot. — *Thèse de Lille*, 1907.
Eloy. — *Rev. génér. de cliniq. et de thérap.*, 1892.
Espenel. — Abcès de fixation chez l'enfant. *Soc. des scienc. médicales de Lyon*, 1911.
Fabre. — *Lyon Médical*, 1905.
— Obstétrique, 1908.

Fochier. — *Lyon Médical,* 1891. Thér. des infections pyog. générales.

— *Lyon Médical,* 1892.

— *Lyon Médical,* 1900.

— et Mérieux. — *Soc. de biol.,* 1900.

Garnier (Ch.). — *Soc. de méd. de Nancy.*

Gautier. — *Rev. médicale de la Suisse Romande,* 1897.

Guichard. — L'essence de térébenthine comme dérivatif. *Revue vétér. de l'Ecole de Toulouse,* 1908.

Guillaumont. — *Thèse de Nancy,* 1893.

Guinon et Bureau. — *Soc. méd. Hôp., Paris,* 1896.

Gourdon. — Eléments de chirurgie vétérinaire.

Humbert. — Sur les effets de l'injection d'essence de térébenthine. *Bullet. de la Soc. centrale de méd. vétérinaire,* 1895.

Jacques. — *Thèse de Bordeaux,* 1896.

Kaufman. — Thérapeutique vétérinaire.

Lançon. — *Thèse de Lyon,* 1911.

Lathuraz. — *Rev. de médec.* (Jubilé Lépine), 1911.

Leclainche. — La sérothérapie et ses applications, 1910.

Lépine. — Livre jubilaire. *Rev. de médec.,* 1911.

Marmoiton. — *Thèse de Nancy,* 1913.

Montagnon. — Abcès de fixation et broncho-pneumonie du premier âge. *Lyon médic.,* 4 déc. 1910.

Morsty. — Abcès de fixation et typhus exanthématique. *Presse médic.,* 1909.

Naudin. — A propos de l'abcès de fixation. *Rev. vétér. de l'Ecole de Toulouse,* 1910.

Netter. — Altérat. loc. consécut. à l'inject. de subst. irrit. dans le tissu cellulaire sous-cutané. *Soc. médic. Hôp.,* Paris 1892.

Pader. — Des abcès de fixation. *Rev. vétér. de l'Ecole de Toulouse,* 1910.

Pic et Bonamour. — *Lyon Médical*, 1910.

Pic. — *Rev. de médecine*, 1911 (jubilé Lépine).

Porcher, Mollereau et Nicholas. — *Vade mecum du vét.*

Prange. — Lettre sur l'origine du séton. *Recueil de médec. vétérinaire*, 1855.

Rendu. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 1892.

Revilliod. — *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1892.

Roger. — Abcès de fixation et sérothérapie de fixation. *Revue des vétérinaires du Midi*, 1914.

Romme. — *Presse médicale*, 1903.

Salenave. — Des abcès de fixation. *Rev. vétér. de l'Ecole de Toulouse*, 1910.

Saint-Cyr. — A propos de la discussion académique du séton. *Journal vétér. de Lyon*, 1855.

Spillmann. — *Rev. méd. de l'Est*, 1892.

Trifon. — *Thèse de Lyon*, 1899.

Turc. — *Thèse de Montpellier*, 1911.

Vincent. — Abcès de fixation dans un cas de septicémie puerpérale. *Presse médicale*, 1906.

Voiturier. — *Thèse de Lyon*, 1909.

Vouters. — *Thèse de Lille*, 1909.

Wester. — Quelques remarques sur l'action de l'essence de térébenthine, 1912.

Zochokke. — L'inflammation. Réaction de guérison (traduction Lasserre), 1905.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 19 mars 1920.
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 18 mars 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!